

Conclusions. The level of wear and tear does not significantly affect the incidence of postoperative delirium, when preoperative cognitive impairment increases the risk of delirium.. The use of regional methods of anesthesia in the postoperative period reduces the incidence of POD by 30% in epidural anesthesia, by 26% in the performance of anterior abdominal wall blockades and by 20% in the combination of regional techniques with dexmedetomidin.

Key words: postoperative delirium, elderly patients, abdominal surgery.

*Рецензент – проф. Скрипніков А. М.
Стаття надійшла 30.12.2020 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2021-1-159-53-57

УДК 616.517-056.5

Ємченко Я. О., Іщейкін К. Є., Кайдашев І. П.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМ АЛІМЕНТАРНИМ ОЖИРІННЯМ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

yanaumsa@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР: «Вивчення патогенетичної ролі циркадіанного молекулярного годинника в розробку метаболічних захворювань і системного запалення та розробка методики лікування, що скерована на ці процеси», № державної реєстрації 0120U101166.

Вступ. Псоріазодне з найбільш розповсюджених хронічних рецидивуючих мультифакторних захворювань шкіри з домінуванням генетичної упередженості, для якого характерні гіперпроліферація епідермальних клітин, порушення процесу кератинізації на тлі запальної реакції в дермі, а також ураження нігтів, суглобів і волосистої частини голови [1]. За результатами клініко-епідеміологічних досліджень, на псоріаз хворіє біля 3-4% населення нашої планети незалежно від статі, віку та етнічної групи, при цьому питома вага цієї патології в загальній структурі шкірних хвороб сягає, за даними різних авторів, від 1% до 40%. Однак, незважаючи на значне поширення псоріазу та на велику кількість робіт з вказаної проблеми, до теперішнього часу немає єдиного погляду на патогенез цього дерматозу. Для об'єктивного розуміння патогенезу псоріазу необхідно враховувати недостатньо вивчену коморбідність захворювання [2].

Останнім часом доведений безперечний зв'язок між псоріазом і ожирінням. Аліментарне ожиріння розвивається внаслідок порушення обміну речовин і харчової поведінки та характеризується накопиченням жирової тканини в організмі. Ожиріння може бути як самостійним багатофакторним захворюванням – первинне ожиріння (аліментарно-конституційне), так і синдромом, що супроводжує перебіг інших захворювань – вторинне ожиріння (симптоматичне). У структурі даної захворюваності первинне ожиріння зустрічається в 95% хворих, вторинне – лише в 5% [3]. Основною етіологічною причиною розвитку первинного ожиріння є аліментарний фактор. Населення розвинутих країн на сьогодні є заручником легкодоступної їжі. Їжа при цьому переходить з категорії життєвої необхідності до категорії задоволення. Таким чином, поступово формується порушення харчової поведінки, що виступає предиктором розвитку ожиріння. Частіше за все ожиріння може виникати внаслідок споживання їжі з високою енергетичною цінністю (калорійністю) у поєднанні з недостатньою фізичною активністю і фактором

генетичної сприйнятливості, хоча в поодиноких випадках спостерігалось виникнення захворювання на тлі генетичних ендокринних порушень, прийому медикаментів або психіатричних розладів [4]. Людину вважають хворою на ожиріння, якщо індекс маси тіла (ІМТ) перевищує 30 кг/м². Встановлено, що ожиріння веде до підвищення ризику розвитку багатьох захворювань, в тому числі псоріазу, сприяючи його тяжкому перебігу з тривалими періодами рецидивів, які погано піддаються стандартній терапії, а втрата маси тіла призводить до більш сприятливого перебігу дерматозу [5]. В літературі широко висвітлюється питання про ідентичні патогенетичні механізми запальних процесів при псоріазі і ожирінні, що формують порочне коло на рівні імунної системи, яке необхідно розірвати для успішного лікування даних захворювань [6]. Тому подальше вивчення коморбідності псоріатичної хвороби та ожиріння дає можливість виявити нові мішені терапії для попередження ускладнень та більш ефективного лікування даної патології [7].

Мета дослідження – дослідити особливості клініко-лабораторних показників у хворих на псоріаз із супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня.

Об'єкт і методи дослідження.

Групу дослідження склали 80 пацієнтів з поширеним неускладненим бляшковим псоріазом, прогресуючою стадією, перебігом середнього ступеня тяжкості із супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня, 51 (64%) чоловіків і 29 (36%) жінок віком від 35 до 65 років.

Для виявлення особливостей клінічного перебігу наявного псоріазу, поєданого з аліментарним ожирінням I-II ступеня, в якості контролю для порівняння досліджуваних показників була відібрана група хворих, яка складалася із 20 осіб відповідного віку (8жінок та 12чоловіків), хворих на розповсюджений, вульгарний псоріаз середнього ступеня тяжкості, прогресуючою стадією перебігу з нормальною масою тіла.

Для оцінки ступеня тяжкості псоріазу використовували індекс PASI (Psoriatic Area and Severity Index) [8].

Для визначення впливу шкірних висипів на якість життя пацієнтів використовували опитувальники для розрахунку DLQI (Dermatology Life Quality Index)-

Індекс оцінки якості життя дерматологічних хворих [9].

Для оцінки вираженості аліментарного ожиріння визначали індекс маси тіла (ІМТ) [10]. Включали в дослідження осіб з ІМТ 30-40 кг/м².

Обсяг наших лабораторних досліджень включав в себе проведення загальноприйнятими методами загальноклінічного та біохімічного аналізів крові, забраної вранці натщесерце. Дослідження ліпідного обміну ми проводили шляхом оцінки рівня загального холестерину (ЗХ) та тригліцеридів (ТГ), концентрацію холестерину в складі ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЦ) визначали за співвідношенням ТГ/22,5. Дисліпідемію діагностували, коли рівень ЗХ перевищував 5,2 ммоль/л, тригліцеридів- вище 1,7 ммоль/л, ХСЛПВЩ менше 1,0 ммоль/л. Оцінка параметрів проводилась згідно з критеріями Національної освітньої програми США по холестерину [11, 12].

Для оцінки вираженості показників системного запалення (СЗ) в сироватці крові хворих визначали концентрацію інтерлейкіну-33 (ІЛ-33), інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) та високочутливого С-реактивного білка (вч-СРБ), імуноферментним методом на багатоканальному фотометрі "STATFAX-303" (США). Для кількісного визначення показників використовували комерційні тест-системи «інтерлейкін-6-ИФА-БЕСТ» (Росія), «СРБ-ИФА- БЕСТ» (Росія), та «Human IL-33 ELISA Kit» «eBioscience™/Affymetrix» (США) згідно рекомендованих методик. Отримані показники порівнювали з такими із референтними значеннями, рекомендованими виробниками діагностичних тест-систем. Визначення відповідних показників проводили перед лікуванням і на 28-й день після початку лікування.

Статистичне опрацювання отриманих результатів проводили з використанням програми Statistica 7.0. Різницю вважали вірогідною при ймовірності похибки $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення:

У всіх хворих досліджували клінічну картину даного захворювання, вимірювали антропометричні показники, визначали ступінь ожиріння по ІМТ, аналізували анамнез життя і захворювання та проводили дослідження клінічного і біохімічного аналізів крові.

Таблиця 1 – Дані клініко-антропометричні показники обстежених хворих (M±m)

Показник	Значення	
	Основна група хворих (n=80)	Контрольна група хворих (n=20)
Індекс PASI (бали)	21,8±1,4*	15,2±1,2
Показник ДІЯЖ (бали)	20,3±0,6*	14,5±0,7
ІМТ (кг/м ²)	Значення (кількість хворих)	
Нормальна вага	0	24,5 (20)
Ожиріння I ступеня	34,04 (29)	0
Ожиріння II ступеня	38,15 (51)	0
Кількість рецидивів псоріазу:	Кількість хворих	
1 раз на рік	0	6
2 раз на рік	0	12
3 раз на рік	13	2
4 раз на рік	67	0

Примітка: * ймовірність похибки різниці $p < 0,05$

На основі клінічної картини псоріатичного ураження розраховували індекс PASI, який відображає площу, а також інтенсивність забарвлення, інфільтрацію та лущення псоріатичних висипань. Аналізуючи отримані результати, було встановлено, що середньогруповий показник індексу PASI у хворих на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня становив (21,7±1,54), а у хворих на псоріаз без ожиріння (15,2±1,2). Отримані результати відповідають середньому ступеню тяжкості перебігу псоріазу в обох групах хворих, але потрібно також відмітити, що середньогруповий показник індексу PASI був на 30,3% вищий в групі хворих з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня. Відмінність показників індексу PASI залежала від вираженості інфільтрації та гіперемії, тоді як площа та інтенсивність лущення псоріатичних висипань була приблизно однаковою. Так, у хворих на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня псоріатичні висипання мали застійно-червоне забарвлення з вираженою інфільтрацією, тоді як у хворих без ожиріння висипання мали рожевий колір з менш вираженими явищами інфільтрації.

Усі хворі скаржились на порушення сну, відчуття занепокоєння та тривоги, що призводило до погіршення якості життя пацієнтів. Для дослідження впливу захворювання на якість життя нашого пацієнта ми розраховували дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ). Аналізуючи отримані результати дослідження, було встановлено, що у хворих на псоріаз із супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня показник ДІЯЖ становив 20,3±0,5 бали, тоді як у хворих без ожиріння-14,5±0,4 бали, що свідчить про виражений вплив захворювання на якість життя пацієнтів в обох групах. Треба відмітити, що середньогруповий показник ДІЯЖ на 28,6% вищий в групі хворих з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня.

З анамнезу захворювання відомо, що всі пацієнти неодноразово отримували традиційне лікування з приводу псоріазу в амбулаторних умовах та стаціонарі. Хворі на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня відмічали незадоволеність від проведеної терапії через тривалість лікування та короточасні періоди ремісії до 3-х місяців з епізодами загострення 3-4 рази на рік, а деякі з них взагалі не відмічали повного регресу псоріатичних висипань, а також вказували на наявність постійних (так званих «чергових») бляшок, тоді як хворі на псоріаз без ожиріння були задоволені проведеним лікуванням, більшість відмічали сезонність захворювання з рецидивам псоріазу 1-2, іноді 3 рази на рік.

Таким чином, достовірно вища кількість загострень відмічалася у хворих на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня, що свідчить про більш тяжкий перебіг псоріазу в поєднанні із даною патологією. Слід зазначити, що хворі на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня та хворі на псоріаз з нормальною масою тіла отримували лише загальну протипсоріатичну терапію псоріазу, при цьому не враховувалися коморбідні стани, що могло впливати на недостатню ефективність проведеного лікування.

При обстежені хворих, що склали групу дослідження та розрахунку ІМТ у відповідності до класифікації ожиріння, встановлено, що ожиріння I ступеня мали 29 (36,25%) хворих (середньогруповий показник ІМТ-34,04 кг/м²), ожиріння II ступеня 51 (63,75%) хворих (середньогруповий показник ІМТ-38,15 кг/м²). Середньогруповий показник ІМТ в контрольній групі хворих з нормальною масою тіла становив 24,5 кг/м², що на 35,8% нижче, ніж в групі хворих на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня (табл. 1).

З метою оцінки метаболічних порушень у хворих на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня ми провели дослідження загального та біохімічного аналізів крові (табл. 2, 3).

Аналізуючи дані, представлені у табл. 2, можна зазначити, що рівень усіх показників знаходиться в межах норми, як у хворих на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня, так і у хворих на псоріаз з нормальною вагою тіла. Але треба відмітити, що при аналізі результатів загальноклінічного аналізу крові у хворих на псоріаз із супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня виявлені помірні відмінності, що характеризувалися зниженням кількості гемоглобіну на 12,8%, загальної кількості еритроцитів на 8,7%, КП на 22,5%, паличкоядерних, а також сегментоядерних нейтрофілів на 36,3% та на 3,9% відповідно, моноцитів на 12,3%, та підвищенням лейкоцитів на 38,5%, еозинофілією на 52%, базофілів на 28,6%, лімфоцитів на 33% та прискоренням ШОЕ на 57,5% у порівнянні із показниками хворих на псоріаз з нормальною вагою.

При аналізі даних біохімічного аналізу крові у хворих на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня встановлено достовірні відмінності показників у порівнянні із хворими на псоріаз без ожиріння.

Так, у хворих на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня спостерігається підвищення показників глюкози на 10%, загального холестерину на 44,2%, тригліцеридів на 60% і ЛПНЩ на 36% та зниження показників ЛПВЩ на 4,6%, загального білка на 10,5% у порівнянні із хворими на псоріаз з нормальною вагою тіла, що свідчить про порушення білоксинтезуючої функції печінки за рахунок зменшення показників загального білка та порушення ліпідного обміну з явищами дисліпопротеїдемії, що характеризується підвищенням вмісту рівня загального холестерину, ЛПНЩ, тригліцеридів, зниженням рівня ЛПВЩ. Слід також зазначити, що у хворих на псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня нами спостерігалися більш суттєві порушення вищезазначених показників.

Таблиця 2 – Дані показники загально-клінічного аналізу крові обстежених хворих (M±m)

Показник (референсне значення)	Значення	
	Хворі на псоріаз з ожирінням I-II ступеня (n=80)	Хворі на псоріаз без ожиріння (n=20)
Гемоглобін, (г/л) Чоловіки – 130-160 Жінки – 120-140	128,5±5,8	147,3±6,5
Еритроцити, (10 ⁹ /л) Чоловіки – 4,5-5,0 Жінки – 4,0-4,5	4,2±0,4	4,6±0,5
Кольоровий показник 0,85-1,1	0,93±0,09	1,2±0,1
Вміст лейкоцитів, (10 ⁹ /л) 4,0-9,0	7,2±1,3	5,2±1,2
Нейтрофіли паличкоядерні, (%) 1,0-6,0	1,53±0,21	2,4±0,35
Нейтрофіли сегментоядерні, (%) 47,0-72,0	63,25±3,1	65,8±3,2
Еозинофіли, (%) 0,5-5,0	3,8±1,2	2,5±0,7
Базофіли, (%) 0-1,0	9,0±0,2	0,7±0,4
Лімфоцити, (%) 19,0-37,0	26,73±2,62	20,1±1,9
Моноцити, (%) 3,0-10,0	4,65±0,58	5,3±0,73
ШОЕ, (мм/год) 2-15	11,5±1,1*	7,3±1,0

Примітка: * імовірність похибки різниць p<0,05.

Таблиця 3 – Показники біохімічного аналізу крові обстежених хворих (M±m)

Показник (референсне значення)	Значення	
	Хворі на псоріаз з ожирінням I-II ступеня (n=80)	Хворі на псоріаз без ожиріння (n=20)
Загальний білок, г/л 64,0-83,0	61,7±2,4	68,3±2,8
Альбумін, г/л (38-54)	45,3±2,6	46,5±2,5
Глобулін, г/л (20-30)	26,8±2,3	24,7±2,5
Альбуміно-глобуліновий коефіцієнт (1,2-2)	1,7±0,19	1,83±0,17
Загальний білірубін, мкмоль/л 8,0-21,0	18,6±1,7	14,7±1,5
АЛТ, од/л чоловіки – 5,0-41,0 жінки – 5,0-31,0	38,9±2,9	36,5±2,3
АСТ, од/л: чоловіки – 5,0-41,0 жінки – 5,0-31,0	39,6±2,7	36,3±2,4
Тимолова проба, ОД (Н-5) (0-4)	1,4±0,15	1,3±0,17
ЗХС, ммоль/л 3,0-6,2	7,5±0,3*	5,2±0,2
ЛПВЩ (1,04-1,55 мкмоль/л)	0,98±0,1	1,3±0,2
ЛПНЩ (0-2,59 мкмоль/л)	3,95±0,25*	2,9±0,15
ТГ, ммоль/л (0-1,7)	2,4±0,05*	1,5±0,08
Глюкоза, 3-6 ммоль/л	6,05±0,7	5,5±0,5
Сечовина, ммоль/л 2,5-8,3	5,04±0,23	5,2±0,21
Креатинін, ммоль/л 50,0-120,0	87,95±6,7	89,2±6,3

Примітка: * імовірність похибки різниць p<0,05.

пеня нами спостерігалися більш суттєві порушення вищезазначених показників.

При дослідженні показників системного запалення розраховували середньогрупові показники вч-СРБ, ІЛ-33, а також ІЛ-6 у хворих на розповсюджений вульгарний псоріаз з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня (табл. 4).

Таблиця 4 – Показники системного запалення у хворих на розповсюджений вульгарний псоріаз середнього ступеня тяжкості з супутнім аліментарним ожирінням I-II ступеня (M±m), n=80

Показник	Значення	Референсне значення
ІЛ-33, пг/мл	73,63±6,5	0-54,8
ІЛ-6, пг/мл	12,9±1,45	0-10
вч-СРБ, МО/л	13,43±1,28	0,068-8,2

При аналізі отриманих результатів встановлено, що у всіх хворих спостерігалось підвищення вч-СРБ (13,99±2,98 МО/л), ІЛ-33 (73,69±7,5 пг/мл) та ІЛ-6 (13,01±1,54 пг/мл), що свідчить про наявність системного запального процесу у всіх досліджених хворих.

Аналізуючи отримані результати слід враховувати, що надлишкове відкладення жиру – це не тільки скупчення надлишку жирових клітин, перевантажених тригліцеридами, а також й важливий елемент ендокринної системи, який володіє ендо-, ауто- та паракринною функціями, що зумовлюють розвиток субклінічного запального процесу. Ожиріння викликає хронічну неінтенсивну системну запальну відповідь, що провокує підвищену стійкість до інсуліну за допомогою збільшення продукції запальних медіаторів надлишковою кількістю жирових клітин. Причому тканини, віддалені від жирової, не виявляють явної запальної реакції, однак вони піддаються впливу підвищених рівнів адіпокінів, які секретуються активованими і гіпертрофованими адипоцитами [13].

Як відомо, експресія ІЛ-33 відбувається в жировій тканині за рахунок адипоцитів і макрофагів, а його продукція зростає зі збільшенням маси тіла, що відзеркалює тісний зв'язок ожиріння з запаленням. ІЛ-33 активує тучні клітини, базофіли, еозинофіли та природні клітини-кілери, сприяючи запальним, а також аутоімунним захворюванням. Результати проведених багаточисельних досліджень вказують на триразове збільшення експресії ІЛ-33 підшкірно-жировою тканиною у хворих з ожирінням. При псоріазі ІЛ-33 виділяється під час пошкодження клітин, щоб попередити імунну систему та ініціювати процеси запалення, активуючи шлях активації імунної відповіді NF-κB [14, 15].

ІЛ-6 в жировій тканині секретується адипоцитами і макрофагами. Визначення артеріовенозної різниці

цитокіна показали збільшення його концентрації в сироватці, що свідчить про секрецію ІЛ-6 жировою тканиною, яка виробляє приблизно 30% від циркулюючого ІЛ-6 в організмі людини. Продукція ІЛ-6 жировою тканиною зростає зі збільшенням маси тіла [16, 17]. Треба відмітити, що одним з найбільш значущих білків гострої фази є вч-СРБ, який прикріплюється до мембрани пошкоджених клітин і викликає їх загибель шляхом активації реакцій каскаду комплементу. Відомо, що вч-СРБ є маркером дії ІЛ-6 [18, 19]. Продукція вч-СРБ в печінці регулюється циркулюючим ІЛ-6, тому можна стверджувати, що цей цитокін, концентрація якого зростає при ожирінні, істотно сприяє виникненню хронічної системної запальної реакції [20].

За результатами проведеного дослідження встановлено, що у хворих на розповсюджений вульгарний псоріаз із супутнім аліментарним ожирінням І-II ступеня спостерігається більш тяжкий перебіг дерматозу в порівнянні із хворими на псоріаз з нормальною масою тіла, що добре видно за показниками індексу PASI, ДІЯЖ пацієнтів, а також частотою загострень псоріазу.

Висновки. Аліментарне ожиріння у хворих на псоріаз призводить до метаболічних порушень та підвищення показників системного запалення ускладнюючи перебіг дерматозу, що призводить до погіршення ДІЯЖ пацієнтів, неефективності стандартних методів терапії та частих загострень псоріатичної хвороби.

Перспективи подальших досліджень. Більш поглиблене вивчення коморбідності та патогенезу даних захворювань є вкрай необхідним для розробки науково-обґрунтованих принципів ранньої профілактики та лікування хворих.

Література

- Valdimarsson H, Thorleifsdottir RH, Sigurdardottir SL. Psoriasis - as an autoimmune disease caused by the molecular mimicry. *Trends in Immunology*. 2019;30(10):494-501.
- Yemchenko YaO. Osobennosti klinicheskogo techeniya psoriaza u bol'nyh s soputstvuyuschim metabolicheskim sindromom v zavisimosti ot urovnya sistemnogo vospaleniya. *Georgian Medical News*. 2014;11(236):43-47. [in Russian].
- Razina AO, Achkasov EE, Runenko SD. Ozhirenie: sovremennyy vzglyad na problemu. *Ozhirenie i metabolizm*. 2016;13(1):3-8. [in Russian].
- Atkinson RL. Could viruses contribute to the worldwide epidemic of obesity? *Int J Pediatr Obes*. 2018;3(1):37-43.
- Kaydashev IP. Izmenenie obraza zhizni, narushenie energeticheskogo metabolizma i sistemnoe vospalenie kak faktory razvitiya bolezney civilizatsii. *Ukrains'kiy medichniy chasopis*. 2013;5:103-108. [in Ukrainian].
- Babak OYA, Yarmish NV, Shkol'nik VV. Ozhirinnya yak puskoviy mehanizm adipocitokinovogo kaskadu. *Medicina transportu Ukrainy*. 2012;2:94-99. [in Ukrainian].
- Yemchenko YaO. Ozhyrinnia yak komorbidnyi stan pry psoriazi. *Visnik ukrains'koi medich stomat akademii*. 2018;18(63):314-319. [in Ukrainian].
- National Institutes of Health (NIH), National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). The practical guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults [Internet]. USA: Department of Health and Human Services; 2000. Available from: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf.
- Basra MK, Fenech R, Gatt RM, Salek MS and Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol* 2008;159:997-1035.
- Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis - oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*, 1978;157(4):238-44.
- Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285(19):2486-2497.
- Morris PB, Ballantyne CM, Birtcher KK, Dunn SP, Urbina EM. Review of clinical practice guidelines for the management of LDL-related risk. *J Am. Coll. Cardiol*. 2014;64:196-206.
- Babak OYA, Yarmish NV, Shkol'nik VV. Ozhirinnya yak puskoviy mehanizm adipocitokinovogo kaskadu. *Medic transp Ukrainy*. 2012;2:94-99. [in Ukrainian].
- Mitsui A, Tada Y, Takahashi T, Shibata S, Kamata M. Serum IL-33 levels are increased in patients with psoriasis. *Experim dermatol*. 2015;3(2):234-239.
- Kaydashev IP. NF-κB activation as the molecular basis of pathological process by metabolic syndrome. *Fiziol. Zhurn*. 2012;58(1):93-101.
- Kamylov FK, Mufazalova NA, Kapuler OM. Tsytokinovi dysbalans v ymmunopatoheneze psoriaza. *Fundamentalni doslidzhennia*. 2015;1(5):1065-1071. [in Russian].
- Clark RA. Resident memory T cells in human health and disease. *Science Translation Medicine*. 2015;7(269):269-274.
- Cosmi L, Liotta F, Maggi E. Th17 and non-classic Th1 cells in chronic inflammatory disorders: two sides of the same coin. *International Archives of Allergy and Immunology*. 2014;164(3):171-177.

19. Bertheloot D, Latz E. HMGB1, IL-1a, IL-33 and S100 proteins: dual-function alarmins. *Nature*. 2017;14(1):43-64.

20. Martinez FO, Gordon S. The M1 and M2 paradigm of macrophage activation: time for reassessment. *F1000Prime Rep*. 2014;3:13-18.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПСОРИАЗУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНИМ АЛІМЕНТАРНИМ ОЖИРІННЯМ

Ємченко Я. О., Іщейкін К. Є., Кайдашев І. П.

Резюме. Псоріаз є найбільш розповсюдженим хронічним, генетично детермінованим аутоімунним поліетіологічним запальним захворюванням з порушенням епідермальної проліферації, що провокується екзогенними і ендогенними факторами, а також проявляється еритематозно - лускатими елементами, папулами і бляшками. За результатами проведених клініко – епідеміологічних досліджень, на псоріаз хворіє біля 3-4 % населення нашої планети, незалежно від статі, віку та етнічної групи, при цьому питома вага цієї патології в загальній структурі шкірних хвороб сягає, за даними різних авторів, від 1% до 40%. Однак, незважаючи на значне поширення псоріазу та на велику кількість робіт з цієї проблеми, до сих пір немає єдиного погляду на патогенез цього дерматозу. Для об'єктивного розуміння патогенезу псоріазу необхідно також враховувати недостатньо вивчену коморбідність цієї патології. Останнім часом доведений безперечний зв'язок між псоріазом і ожирінням. В літературі широко висвітлюється питання про ідентичні патогенетичні механізми запальних процесів при псоріазі і ожирінні, що формують порочне коло на рівні імунної системи, яке необхідно розірвати для успішного лікування даних захворювань. У цьому дослідженні ми вивчали клінічну картину захворювання, вимірювали антропометричні показники, визначали ступінь ожиріння по індексу маси тіла, аналізували анамнез життя і захворювання, проводили дослідження клінічного і біохімічного аналізів крові та досліджували показники системного запалення в сировотці крові. За результатами проведеного дослідження виявлено, що аліментарне ожиріння у хворих на псоріаз призводить до метаболічних порушень, ускладнює перебіг дерматозу, впливає на погіршення дерматологічного індексу якості життя пацієнтів, неефективності стандартних методів терапії та частих загострень псоріатичної хвороби. Тому перспективою подальших досліджень є більш поглиблене вивчення коморбідності псоріатичної хвороби, що дозволить виявити нові мішені терапії даного дерматозу, а також для попередження ускладнень та більш ефективного лікування даної патології.

Ключові слова: псоріаз, аліментарне ожиріння, патогенез, клініка.

FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS AND CLINICAL COURSE OF PSORIASIS IN PATIENTS WITH CONCOMITANT ALIMENTARY OBESITY

Yemchenko Ya. O., Ischeikin K.Ye., Kaidashev I. P.

Abstract. Psoriasis is a chronic, genetically determined autoimmune polyetiological inflammatory disease with a disorder of epidermal proliferation, provoked by exogenous and endogenous factors, and is characterized by erythema, scaly elements, papules and plaques. According to the results of clinical and epidemiological studies, about 3-4% of the population of our planet suffer from psoriasis, regardless of gender, age and ethnic group, while the proportion of this pathology in the general structure of skin diseases reaches, according to different authors, from 1% to 40%. However, despite the widespread of psoriasis and the research on this problem, there is still no unified view of the pathogenesis of this dermatosis. Therefore, in research of the pathogenesis of psoriasis in recent years more attention is paid to disorder of metabolic processes and obesity. Recently, an indisputable link between psoriasis and obesity has been proven. Obesity has been found to increase the risk of many diseases, including psoriasis. The literature has broadly covered the issue of identical pathogenetic mechanisms of inflammatory processes in psoriasis and obesity, which form a vicious circle at the level of the immune system, which must be broken in order to successfully treat these diseases. In this study, we studied the clinical picture of the disease, and measured anthropometric indicators, determined the degree of obesity by body mass index, analyzed the history of life and disease, and conducted studies of clinical and biochemical blood tests. According to the results of the study, it was revealed that alimentary obesity in patients with psoriasis leads to metabolic disorders complicating the course of dermatosis, which leads to a deterioration in the patient's dermatological quality of life index, inefficiency of standard methods of therapy and frequent exacerbations of psoriatic disease. Therefore, a more in-depth study of the comorbidity of psoriatic disease will reveal new targets for the treatment of this dermatosis to prevent complicated and more effective treatment of this pathology.

Key words: psoriasis, alimentary obesity, pathogenesis, clinic.

Рецензент – проф. Бобирьова Л. Є.

Стаття надійшла 27.12.2020 року